46e Année. — N° 17. Vendredi 28 Avril 1899.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Ophthalmologie : L'opthalmoscope en médecine générale, par le Dr A. Chevallereau, p. 257. — **Clinique médicale** : Cas grave de lithiase biliaire, p. 261. — **Bibliographie** : Traité théorique et pratique d'hydrothérapie, p. 262. — Du tatouage chez les prostituées, p. 262. — **Académie de médecine** : *Séance du 18 avril 1899.* — *Présidence de M. Panas*, p. 262. — Capacité nourricière, p. 262. — Eaux minérales, p. 262. — Irréductibilité de l'utérus gravide en rétroversion traitée par la laparotomie. Accouchement à terme, p. 262. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 20 avril 1899.* — *Présidence de M. Raymond.* — Du traitement des goitres exophthalmiques, p. 263. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 12 avril 1899.* — *Présidence de M. Jullien*, p. 263. — **Société française de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 10 avril 1899.* — Traitement de la gale par le baume du Pérou, p. 264. — De l'emploi de l'orthoforme, p. 264. — Œdème rhumatismal, p. 264. — Verge noire à la suite de l'antipyrine, p. 264. — Tuberculides angiomateuses et hypertrophiques, p. 264. — Onychogryphose cornée, p. 264. — **Dixième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France** : *Tenu à Marseille du 4 au 8 avril 1899.* — Les aliénés méconnus et condamnés, p. 264. — Les aliénés condamnés dans l'armée, p 266. — Un cas de tremblement segmentaire dans la sclérose en plaques, p. 268. — Chute émotionnelle et généralisée du système pileux, p. 269. — Traitement de l'alcoolisme par le repos au lit, p. 269. — Neurasthénie et dégénérescence, p. 269. — Alcool et phtisie, p. 269. — **Société de chirurgie**. — *Séance du 26 avril 1899.* — *Présidence de M. S. Pozzi.* — Traitement de l'appendicite. — Tuberculose testiculaire. — Coup de feu de la cuisse droite. Anévrysme artério-veineux. Guérison. — Fracture ancienne du radius. Arrêt du développement. Résection du cubitus. — Névralgie du trijumeau. Résection du nerf maxillaire supérieur. Amélioration mais non guérison. — Gastrostomie sans procédé particulier. Guérison et bon fonctionnement, p. 270. — **Société médicale du VIe arrondissement**, p. 271. — **Nouvelles**, p. 272.

OPHTHALMOLOGIE

L'ophthalmoscope en médecine générale.

Leçon faite à la clinique des Quinze-Vingts,
par le Dr A. Chevallereau.

Messieurs,

Le programme de cette année comporte l'ophthalmoscope clinique. C'est, en effet, de la clinique que j'ai l'intention de faire avec vous et surtout de la clinique médicale.

Le vent est partout aujourd'hui à la spécialisation, en toutes sortes de choses et en médecine plus qu'en tout autre chose. Lors du dernier congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, un médecin de Nantes a fait ce calcul que partout le nombre des médecins augmentait d'une façon rapide, mais que le nombre des spécialistes augmentait bien plus rapidement que le nombre des praticiens généraux. Le nombre des journaux spéciaux suit la même progression. En ophthalmologie, par exemple, il n'existait guère à Paris, il y a vingt ans, qu'une publication régulière; aujourd'hui, il y en a cinq paraissant chaque mois ou même chaque quinzaine et qui ont quelque peine à canaliser le flot des publications de nos confrères.

Cette spécialisation est certainement un bien, au point de vue du médecin qui peut facilement être beaucoup plus instruit dans la branche spéciale de la science à laquelle il consacre toute son attention; on connaît d'autant mieux, on cultive d'autant mieux un domaine qu'il est plus petit, et qu'on peut mieux l'explorer dans toute son étendue et dans toutes ses profondeurs; la nature du sol n'a plus alors de secrets pour son propriétaire qui voit d'emblée quelles plantes doivent donner les meilleurs résultats, quel choix il doit faire pour la graine, quels amendements il doit apporter au terrain.

La spécialisation est un bien de même au point de vue du malade; celui-ci pense avec raison qu'un médecin habitué à voir fréquemment des maladies analogues à la sienne, à en faire le sujet constant de ses préoccupations, à en étudier les divers modes de traitement, sera plus apte à le guérir qu'un médecin qui, voyant *son cas* une fois par hasard, n'aura pu y réfléchir et pourra se trouver très en peine de le traiter convenablement.

Cependant, la spécialisation à outrance peut produire des résultats déplorables contre lesquels il me paraît utile de réagir. L'œil n'est point un organe isolé dans l'économie; il a, il est vrai, des maladies qui lui sont tout à fait propres, par exemple, les troubles si nombreux et si divers causés par les vices de réfraction, mais en dehors de cela les désordres qui viennent l'atteindre ne sont que le contre-coup des désordres qui se font sentir dans l'organisme tout entier. Les diathèses, la scrofule, l'arthritisme; les maladies générales comme la syphilis, la tuberculose, impriment à toutes les manifestations oculaires leur cachet spécial, et même bien souvent l'aspect d'une maladie oculaire, d'une iritis, par exemple, permettra à un médecin expérimenté d'affirmer, d'emblée et sans interrogatoire du malade, que celui-ci est arthritique, syphilitique ou tuberculeux. On peut comparer l'œil à ce que serait dans une ville populeuse un carrefour, une place centrale où viendraient aboutir toutes les rues importantes de cette ville. Toutes les émotions, tous les remous populaires viennent depuis les quartiers les plus excentriques se faire sentir jusqu'à cette place et de même de ce centre, l'observateur attentif peut rapide-

ment sentir ce qui se passe dans toutes les parties de la cité.

Il faut donc pour être réellement utile à vos malades que vous sachiez examiner un œil de la façon la plus exacte et la plus complète ; il faut aussi que vous sachiez attribuer à chaque phénomène observé toute la valeur qu'il mérite.

En médecine proprement dite, l'ophthalmoscope est un merveilleux instrument de diagnostic et de pronostic et j'ai toujours été frappé de voir combien les praticiens généraux avaient tort de négliger d'une façon absolue, pour la plupart, un moyen d'observation si précieux.

Il n'est pas un médecin digne de ce nom qui ne se croit obligé, au moindre doute, d'examiner la langue de son malade, de prendre son pouls, d'ausculter, de percuter, de faire l'examen des urines. Ce dernier moyen est de pratique courante dans les bons services d'hôpitaux ; le médecin fait cet examen systématiquement, même lorsque rien ne fait penser qu'on trouvera là quelque élément de diagnostic, et ce même médecin consciencieux ne songera pas un seul instant à faire usage d'un autre moyen de diagnostic beaucoup plus général et beaucoup plus précis. Si même vous lui mettez un ophthalmoscope entre les mains, il sera bien embarrassé d'en tirer le moindre parti.

Passons très rapidement en revue la pathologie médicale et d'abord la pathologie du système nerveux. Il est une maladie commune, de plus en plus commune semble-t-il, l'ataxie locomotrice, que vous observerez plus souvent et surtout beaucoup plus tôt dans les services d'ophthalmologie que dans les services de médecine. Vous savez combien il nous arrive souvent de diagnostiquer presque à coup sûr le tabès chez des malades dont la démarche n'a encore rien de caractéristique, qui n'ont pas de douleurs fulgurantes, dont les réflexes rotuliens sont normaux et cela parce que ces malades accusent une diplopie plus ou moins passagère, variable, de telle sorte que si nous voulons faire le diagnostic du muscle dont la paralysie entraîne cette diplopie, cette recherche donne lieu à des résultats contradictoires dans le cours de la même séance. Nous diagnostiquons le tabès de même à cause d'une mydriase essentielle, tout à fait isolée ; nous le diagnostiquons à cause du myosis et de l'inégalité pupillaire, parce que la pupille, insensible à la lumière, réagit bien au contraire sous l'influence de l'accommodation ; c'est là ce qu'on appelle le signe d'Argyll Robertson, du nom du professeur d'Edimbourg qui l'a décrit le premier. Plus tard, bien plus tard en général, ce diagnostic sera basé sur l'amblyopie et sur l'aspect spécial de la papille, et, quoique bien plus tardif, ce phénomène pourra devancer longtemps encore les autres manifestations purement médicales de la maladie.

Les malades atteints de sélérose en plaques disséminées se présentent rarement dans nos cliniques. Les phénomènes oculaires sont moins précoces chez eux et il n'arrive pas qu'ils occupent pendant longtemps toute la scène, comme cela se passe si souvent chez les tabétiques. Peut-être aussi ces phénomènes étant beaucoup moins caractéristiques que ceux du tabes attirent-ils moins facilement notre attention. Cependant les manifestations oculaires sont très communes chez eux. Le nystagmus se montre dès le début. Dans près de la moitié des cas on trouve une atrophie plus ou moins avancée de la papille, de l'un ou des deux côtés. En même temps que la diminution de la vision centrale, il y a rétrécissement du champ visuel, rétrécissement irrégulièrement concentrique. Le scotome central est plus ou moins prononcé à droite et à gauche et même peut exister d'un seul côté, ce qui ne permet pas de le confondre avec le scotome central de l'amblyopie toxique. De même l'atrophie papillaire est très spéciale en ce sens que, très différente souvent à droite et à gauche, elle est sujette à de nombreuses fluctuations, elle entraîne rarement la cécité et peut même guérir presque entièrement.

Une autre maladie très commune du système nerveux, l'hystérie, est encore de celles sur le domaine desquelles nos moyens de diagnostic nous permettent d'avancer avec le plus de certitude. On peut même dire que les meilleurs moyens de diagnostic de cette maladie sont purement oculaires. L'asthénopie accommodative chez des personnes jeunes et qui n'ont aucun vice de réfraction ouvre souvent la scène, puis on observe des mydriases, des paralysies des muscles moteurs de l'œil et surtout le champ visuel se retrécit concentriquement et de telle sorte qu'il ne le fait sans aucune autre maladie. A l'état normal le champ visuel est différent pour les diverses couleurs, il est plus étendu pour le bleu que pour le rouge, plus étendu pour cette dernière couleur que pour le vert ; une interversion dans cet ordre sera un excellent symptôme de l'hystérie.

Dans les diverses formes de lésions encéphaliques, dans les tumeurs en particulier, vous savez combien il importe de pratiquer l'examen ophthalmoscopique et de le répéter fréquemment. Il ne suffit pas, en effet, de s'en rapporter à ce que racontent les malades ; la neuro-rétinite bilatérale la plus intense peut exister sans qu'il y ait aucun trouble fonctionnel, sans que le malade accuse la moindre diminution de l'acuité visuelle ; tandis que, d'autre part, une amblyopie très prononcée peut exister sans phénomènes ophthalmoscopiques appréciables. L'examen est donc indispensable pour juger de la valeur exacte de ces symptômes, et cet examen doit être répété de temps à autre pendant tout le cours des maladies de l'encéphale.

Environ : 80 à 90 0/0 des malades atteint de tumeur cérébrale ont des manifestations oculaires ; peut-être en auraient-ils tous s'ils vivaient assez longtemps. Au contraire les hémorrhagies cérébrales et le ramollissement n'amènent généralement pas de névrite optique,

mais ils peuvent avoir été précédés par des hémorrhagies rétiniennes.

Il faut éviter d'autre part de tirer de l'existence d'une névrite optique des conclusions trop hâtives. Toute neuro-rétimite n'entraîne pas forcément l'idée d'une tumeur cérébrale et il ne faut pas s'empresser de conseiller la trépanation. Bien des malades qui n'ont d'autre vice de conformation que de l'astigmatisme hypermétropique ont une congestion intense de la papille à cause des efforts d'accommodation qu'ils sont obligés de faire ; ils ont pour la même raison des maux de tête, parfois même des nausées au moindre travail, il ne faudrait pas conclure trop vite à l'existence d'accidents cérébraux.

Les diverses formes de méningite et tout particulièrement la méningite tuberculeuse, de beaucoup la plus commune, ont bien souvent des débuts insidieux. Pendant longtemps on ne trouve que des maux de tête, des vomissements, de la constipation ; de temps à autre une élévation passagère de la température ; c'est le début commun à la plupart des affections fébriles de l'enfance ; ce peut être une méningite ou simplement un embarras gastrique dont un purgatif aura rapidement raison.

L'ophthalmoscope alors sera tout à fait utile ; s'il y a tant soit peu de névrite optique, et ce phénomène est très précoce, cela montre bien qu'il s'agit d'une affection encéphalique et non de simples troubles intestinaux. L'emploi de l'ophthalmoscope en ce cas permettra donc de faire le diagnostic d'une manière bien plus sûre et bien plus hâtive que par les autres symptômes.

A propos de méningites, laissez-moi vous donner en passant une opinion assez commune chez les oculistes et que l'on ne trouve guère, je crois, chez les autres médecins : c'est qu'un certain nombre de ces cas de méningite, même de méningite tuberculeuse, guérissent, en conservant des atrophies papillaires plus ou moins complètes, mais après avoir présenté tous les symptômes oculaires qui ont permis de croire à l'existence d'une méningite.

Il nous arrive souvent de voir à la consultation des malades jeunes, atteints d'une atrophie généralement complète et conservant au fond de l'œil des traces évidentes d'une papillite par étranglement. L'histoire qu'ils nous racontent est bien celle de la méningite et nous devons croire qu'ils ont guéri de leur méningite en conservant de la cécité et souvent de l'anosmie.

Il est vrai que dans ces cas la guérison enlève tout recours à la seule preuve qui serait réellement décisive, l'autopsie.

Le début de la paralysie générale des aliénés est très souvent marqué par des troubles pupillaires, ces phénomènes peuvent précéder tous les autres, et permettre de faire le diagnostic longtemps avant l'apparition des phénomènes ordinaires de démence. Ils consistent dans l'inégalité pupillaire et la diminution des réflexes à la lumière et à l'accommodation. C'est donc très différent de ce qu'on observe dans l'ataxie locomotrice : nous n'avons pas ici le signe d'Argyll Robertson. Cette maladie amène un affaiblissement de plus en plus marqué des muscles innervés par le nerf moteur oculaire commun : les pupilles sont inégales, l'iris réagit moins sous l'influence de la lumière, de la convergence, et de l'accommodation, l'accommodation de même est très affaiblie et quand les malades sont dans une période avancée, les muscles moteurs du globe eux-mêmes remplissent mal leurs fonctions.

Il faut arriver de même à la troisième période de la paralysie générale pour observer la pâleur, puis l'atrophie de la papille, avec diminution de la vision centrale et du champ visuel. A cette période le diagnostic est depuis longtemps certain, mais l'examen ophthalmoscopique confirme au moins le pronostic, en montrant nettement l'une des dégénérescences périphériques qui permettent de conclure à la désintégration du cerveau et à une mort certaine.

Nous ne devons parler cette année que d'ophtalmoscopie, mais vous savez aussi quels éléments peut apporter au diagnostic des maladies intra-crâniennes et à leur localisation l'étude des paralysies oculaires et celle du champ visuel. Par exemple s'il existe de l'hémianopsie latérale homonyme, c'est-à-dire la perte de la moitié droite ou de la moitié gauche des deux champs visuels, cela prouve une lésion siégeant sur le trajet des bandelettes optiques au-dessus du chiasma ou dans le centre visuel du lobe occipital. Ce symptôme, il est vrai, ne permet pas de localiser plus exactement la cause du phénomène, mais il permettra d'arriver à une localisation plus ou moins précise en s'aidant des autres symptômes concomitants.

Les maladies du système nerveux sont en quelque sorte pour l'œil des maladies de voisinage, la papille et la rétine sont des prolongements du cerveau et il est tout naturel que les maladies du système nerveux exercent sur l'œil un contre-coup immédiat; mais en outre de cela l'examen ophtalmoscopique nous permet de voir mieux qu'en tout autre point du corps les phénomènes circulatoires, de diagnostiquer l'anémie par la couleur du sang artériel, de voir les différences de calibre des artères et des veines, l'état de ces artères et leurs altérations possibles par les diverses formes d'artérite et enfin les phénomènes d'infection générale qui se manifestent là plus librement et plus vite que sur tout autre point de l'économie.

La coloration pâle orangée du sang qui circule dans la rétine mettra sur la voie de la leucocythémie. L'augmentation de calibre et les pulsations des artères rétiniennes s'observent souvent au début du goître exophtalmique.

Dans la syphilis les lésions qui atteignent tous les tissus de l'œil, la cornée, l'iris, le corps vitré, la choroïde, la rétine, sont tellement spéciales, tellement caractéristiques, que leur aspect, leur réunion surtout

permet d'affirmer l'existence de la syphilis, lors même que les malades n'en accusent aucun symptôme et qu'on n'en trouve aucune trace dans le reste de l'économie.

Certaines lésions, sur lesquelles M. Antonelli a récemment insisté et qu'il appelle les stigmates rudimentaires de la syphilis congénitale, permettent d'affirmer immédiatement non pas seulement l'existence de la maladie chez le sujet, mais encore son origine héréditaire.

Les syphilitiques ont souvent une richesse de manifestations telle qu'il est facile de remonter à la cause de la maladie, mais il n'en est point toujours de même. Souvent aussi les manifestations sont uniquement localisées à l'œil, aux muscles moteurs, à la cornée, à la sclérotique, à l'iris, aux membranes profondes ; mais sur toutes ces parties elles revêtent une forme si spéciale que le diagnostic s'impose presque immédiatement.

Les troubles utérins amènent dans l'œil des désordres tellement fréquents qu'ils méritent de faire le sujet d'une leçon spéciale ; aucune membrane n'échappe à leur influence, la cornée par la membrane de Descemet, l'iris, le corps vitré, la choroïde, la rétine peuvent être successivement atteints et il suffirait des troubles oculaires causés par la grossesse pour alimenter un important chapitre de pathologie.

C'est dans les diverses formes de néphrite qu'il vous sera le plus facile de triompher à bon compte. Si vous avez une neuro-rétinite plus ou moins prononcée sans grand changement dans le calibre des vaisseaux, avec quelques hémorrhagies en flammèches ou en flaques limitées à la région du pôle postérieur, avec des plaques blanchâtres siégeant uniquement sur le pourtour de la papille et en particulier dans la région de la macula où elles prennent souvent une forme étoilée tout à fait caractéristique, affirmez carrément l'existence de l'albuminurie. Le malade n'offrira aucun autre symptôme, l'analyse des urines elle-même faite une première fois donnera un résultat nul, affirmez quand même; un nouvel examen des urines ne tardera pas à prouver que vous aviez raison.

La rétinite albuminurique ne permet pas seulement de porter le diagnostic bien avant qu'il ne soit possible par les autres moyens, elle permet encore de porter un pronostic et malheureusement ce pronostic est grave, puisque la plupart des malades succombent dans les deux ans qui suivent le début de leurs manifestations oculaires.

La rétinite du diabète n'offre point un aspect aussi caractéristique que la rétinite de l'albuminurie, cependant elle porte au moins à supposer et à rechercher l'existence du sucre dans l'urine et, d'autre part, on trouve chez ces malades une amblyopie sans lésion caractérisée par un scotome central tout à fait analogue à celui de l'amblyopie toxique et qui permet de diagnostiquer le diabète, quand il est avéré que les malades ne sont pas intoxiqués par l'alcool ou par le tabac.

La cataracte diabétique n'est pas une chose bien commune ; cependant si on voit les cristallins s'opacifier chez une personne jeune, il est au moins indiqué de pratiquer l'examen des urines pour voir si l'on n'y trouve pas de sucre.

Chez les artério-scléreux, par alcoolisme ou par goutte en particulier, les hémorrhagies rétiniennes, généralement très abondantes, très disséminées, répandues sur toute l'étendue de la rétine, et se reproduisant par poussées successives, sans qu'il n'y ait d'autre part ni névrite optique ni rétinite, ces hémorrhagies ne peuvent être confondues avec celle provenant de toute autre origine ; elles indiquent l'existence dans le cerveau de troubles circulatoires analogues et permettent de prévoir à plus ou moins brève échéance l'arrivée de troubles cérébraux d'un pronostic très sombre.

La tuberculose oculaire n'est pas très rare ; nous voyons de temps à autre de petits tubercules grisâtres sur la face antérieure de l'iris, en particulier au niveau de l'angle irido-cornéen ; nous avons eu l'an dernier un beau cas de tuberculose diffuse de la choroïde ; cependant la tuberculose agit très rarement sur les membranes profondes de l'œil et l'ophtalmoscope ne rendra pas souvent des services dans cette maladie.

La grippe amène fréquemment des manifestations oculaires, mais ce sont des manifestations sur l'œil externe et nous n'avons pas à en parler ici. J'ajouterai cependant les troubles de l'accommodation assez fréquents ; il y a quelques années nous avons observé ici un cas de névrite optique suivi d'atrophie papillaire, paraissant bien causé par la grippe, mais c'est un cas isolé.

Il nous arrive assez souvent de faire après coup le diagnostic d'une diphtérie qui a passé inaperçue du médecin lui-même, lorsqu'un enfant nous arrive avec une paralysie de l'accommodation qui ne s'accompagne d'aucune paralysie du sphincter de la pupille. La pupille a ses dimensions normales et réagit normalement à la lumière, les malades ont conservé la vision de loin, sauf toutefois lorsqu'ils ont de l'hypermétropie manifeste, mais ils voient très mal de près. La dissociation de ces deux phénomènes est très caratéristique, elle ne se rencontre dans aucune autre maladie.

La céphalalgie est de moins en moins considérée comme une entité morbide ; une notable partie de ses causes de production ressortissent à l'opthalmologie ; parmi ces causes je me contenterai de vous citer les troubles de réfraction et surtout le glaucome, cette affection sur laquelle on tombe immédiatement quand on a l'habitude d'examiner les malades, mais qui donne lieu d'autre part à de si fréquentes et de si lamentables erreur de diagnostic. Pendant longtemps la douleur périorbitaire est le seul phénomène accusé par le malade et si l'on se borne à écouter ce qu'il accuse lui-même, on pourra croire à de simples névralgies ; mais il suffit d'un exa-

men tant soit peu complet pour diagnostiquer l'affection la plus grave que nous ayons à soigner.

Les fièvres éruptives ont souvent des manifestations oculaires, sur les membranes externes et sur les membranes profondes ; l'examen de l'œil sera habituellement inutile pour le diagnostic, mais il peut servir beaucoup pour le pronostic et pour le traitement. La fièvre typhoïde amène trop souvent des névrites optiques que peuvent être suivies d'atrophies papillaire. La malaria est une cause d'hémorrhagies rétiniennes.

Il est peu d'intoxications qui ne puissent faire sentir leur influence sur le globe de l'œil, le plomb, le sulfure de carbone, le tabac, l'alcool avec son scotome central si particulier ; mais je m'arrête parce qu'il faudrait passer en revue la pathologie tout entière, il n'est aucun chapitre dans lequel l'examen ophtalmoscopique ne puisse apporter un élément précieux.

Il est facile de faire à l'emploi de l'ophthalmoscope en médecine générale une objection qui, de prime abord, semble avoir quelque valeur. L'ophthalmoscope, dira-t-on, apporte des éléments de diagnostic fort utiles lorsqu'on peut examiner les malades dans un cabinet noir, entouré de toutes les commodités désirables, mais comment employer cet instrument chez des malades qui ne peuvent quitter leur lit, comment surtout l'employer en plein jour dans un service d'hôpital, à l'heure où se fait habituellement la visite du médecin ? D'abord le plus souvent le malade peut se lever et faire quelques pas jusqu'à une pièce plus ou moins appropriée à la circonstance ; en second lieu on peut toujours faire cet examen à la nuit ; enfin avec un peu d'habitude facile à acquérir on arrive à faire cet examen en pleine lumière. Pour obtenir une ombre suffisante, je vous recommande un instrument d'optique aussi précieux que facile à se procurer, c'est le vulgaire parapluie choisi de couleur sombre autant que possible, et sous lequel vous obtiendrez partout assez d'obscurité pour pratiquer un examen complet.

CLINIQUE MÉDICALE

Cas grave de lithiase biliaire (1),

par le Dr L. JULLIEN.

Cette observation peut se résumer très brièvement.

1° En 1889 je suis consulté par un homme de 39 ans chez lequel je constate tous les signes d'une dilatation de l'estomac. Je le traite de mars à juillet et le guéris.

2° En juillet 1898, après 9 ans de bonne santé, cet homme vient me trouver pâle, maigre, cachectique et m'apprend que depuis 3 mois la région de l'estomac est le siège de douleurs intolérables et qui l'épuisent. Les heures qui suivent les repas sont surtout mauvaises et les nuits sont horribles. Il se soutient à peine et se sent perdu. Dans sa famille on n'a plus d'illusions. Un médecin de la ville consulté, après quelques anodines prescriptions, a déclaré qu'il s'agissait d'un cancer de l'estomac et qu'il n'y avait plus rien à faire.

Cependant, à l'examen, je ne trouve pas de tumeur pylorique. Il n'y a pas de vomissements, le teint sans être brillant ne présente pas la pâleur caractéristique jaune paille, il n'y a pas d'œdèmes. Et les douleurs ont une intensité et une localisation qui ne rappellent pas celles du cancer.

Au reste, le foie est volumineux, et bien que le malade n'ait présenté de l'ictère que par intermittence, c'est du côté des voies biliaires que ne tarde pas à s'orienter mon diagnostic.

Un premier et minime soulagement obtenu par quelques cholagogues m'encourage et assure mon jugement. La question se posait dès lors entre les remèdes internes et la chirurgie.

Je ne suis point l'ennemi de l'intervention dans les maladies de la vésicule et je lui ai dû de vrais et beaux succès, mais je pense que, à moins de fièvre, c'est-à-dire de résorption septique, on n'est autorisé à y recourir qu'après avoir épuisé la thérapeutique ordinaire. C'est pourquoi cherchant celle qui me paraissait le plus efficace, et profitant de la saison dans laquelle nous nous trouvions, j'envoyai mon moribond à Vittel avec un bon passeport, auprès de notre cher collègue M. Bouloumié.

3° Cette partie de son histoire qui se passe à Vittel mérite un autre rédacteur que moi et je m'en remets d'avance au récit que voudra bien nous en faire notre collègue.

4° J'arrive à la dernière partie, le retour de mon malade en pleine reviviscence, engraissé, débarrassé de toute douleur, reprenant goût à la vie, et s'adonnant aux occupations les plus actives. Depuis fin septembre, époque de son retour, je ne l'ai revu que pour l'entendre célébrer sa guérison, et non pour lui donner le moindre conseil, c'est plus qu'une guérison, c'est une résurrection.

Cette observation schématique me suggère les réflexions suivantes :

a) Quels rapport peut-on établir entre les troubles digestifs de 1889 et la grave maladie hépatique de 1898 ?

b) Les classiques ne mentionnent pas la possibilité de l'erreur par confusion entre le cancer de l'estomac et la lithiase biliaire. Le fait que je viens de relater en est une preuve cependant et j'ajouterai que le confrère qui commit cette erreur est un jeune homme d'instruction et d'expérience,

s) Avant de recourir à l'intervention sanglante quand il n'y a pas infection des voies biliaires, il faut avoir épuisé les ressources de la thérapeutique hydro-minérale, qui sont parfois extraordinaires.

d) Enfin je prierai notre confrère Bouloumié de nous faire connaître les chances de récidive ou de guérison définitive et les moyens qu'il emploie pour sauvegarder l'avenir.

(1) Communication à la Société de Médecine de Paris (*Séance du 22 avril* 1899.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité théorique et pratique d'hydrothérapie, par le Dr Leroy-Dupré, médecin en chef de l'établissement hydrothérapique de Bellevue (Seine-et-Oise) Paris, J.-B. Baillière et fils, 1899.

Les ouvrages sur l'hydrothérapie ne font pas défaut aujourd'hui ; celui que présente aujourd'hui le Dr Leroy-Dupré a un but essentiellement pratique, et est le résultat d'une expérience de trente ans dans l'art d'appliquer l'hydrothérapie.

L'ouvrage est divisé en deux parties. La première renferme d'abord l'historique et la critique des diverses applications de l'hydrothérapie. M. Leroy-Dupré explique ensuite le mécanisme des appareils employés dans les établissements et l'action physiologique de l'eau sur l'organisme. Il étudie ensuite les médications diverses avec les procédés destinés à obtenir la guérison des malades en tenant compte des tempéraments, des idiosyncrasies et des habitudes morbides. Cette première partie de l'ouvrage se trouve complétée par l'examen de l'hydrothérapie hygiénique et prophylactique chez les enfants, les femmes et les vieillards. La seconde partie est consacrée à la clinique. Elle est divisée en deux sections : l'une qui traite de l'action de l'eau froide dans les maladies aiguës ; l'autre qui embrasse l'ensemble des maladies chroniques. Le livre est terminé par un chapitre sur les contre-indications. L'auteur s'est particulièrement étendu dans cette seconde partie sur les maladies du système nerveux, attendu que ce sont elles que l'on observe le plus souvent dans les établissements d'hydrothérapie.

Il est certain que de nos jours l'hydrothérapie n'est plus traitée avec le dédain d'autrefois. Tous reconnaissent en elle un puissant moyen thérapeutique, un modificateur extraordinaire de la nutrition, un régulateur du système nerveux. Mais on doit avouer aussi que le médecin traitant est peu au courant des détails des indications, parce que pour une raison ou pour une autre, il a négligé d'envisager de près les procédés qu'il y a intérêt à prescrire dans tel ou tel cas. Il est certain que ce mode de traitement bien manié peut rendre de très grands services à l'égal de la thérapeutique médicamenteuse. Mais pour connaître toutes ces indications particulières à chaque cas, à chaque tempérament, il faut évidemment avoir pratiqué pendant longtemps l'hydrothérapie. C'est en cela que nous croyons l'ouvrage de M. Leroy-Dupré très utile au praticien qui pourra se rendre compte d'une façon plus précise des diverses indications. Plus que jamais il aura l'occasion d'avoir recours à l'hydrothérapie, car nos temps abondent en anémiques, neurasthéniques, débilités, détraqués de toute sorte. Tout d'ailleurs n'est pas empirisme dans l'application de cette méthode de traitement, car l'auteur a dû tenir compte des données physiologiques et de leurs applications, toutes les fois qu'elles sont utilisables.

L. J.

Du tatouage chez les prostituées, par MM. les Drs Alb. Leblond, médecin de Saint-Lazare, et A. Lucas, ancien interne de Saint-Lazare. Paris, société d'éditions scientifiques, 1899.

L'histoire du tatouage a été faite à un point de vue général anthropologique et médical par Berchon et par Lacassagne. MM. Leblond et Lucas ont eu l'idée de nous présenter les tatouages qu'ils ont observés chez les prostituées, et ont enrichi leur opuscule de dessins fidèlement reproduit, mais peu variés dans leurs formes et moins encore dans leur expression toujours uniforme.

Les auteurs nous mettent au courant des procédés employés par les tatoueurs professionnels, puis essaient une classification des tatouages d'après les sentiments qu'ils expriment. Un chapitre sur le détatouage a été particulièrement développé et à juste titre, car on peut estimer que c'est faire œuvre de moralisation que d'effacer les traces de ces pratiques dégradantes, qui même au point de vue médical exposent parfois à des accidents dangereux en raison des conditions de malpropreté dans lesquelles elles sont faites. Puisse ce petit livre contribuer à faire disparaître des coutumes qui n'ont rien d'avouable ; aucune marque, disent avec raison nos auteurs, ne doit à jamais être gravée qui ôte à l'homme les plus précieux attributs de son individualité : l'indépendance et la liberté.

L. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 avril 1899. — Présidence de M. Panas.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. le professeur Raymond qui se porte candidat à la place de titulaire dans la section d'anatomie pathologique. 2° Une lettre du ministre de l'Instruction publique annonçant qu'une exposition ayant pour objet tout ce qui concerne les soins à donner aux malades aura lieu à Berlin du 20 mai au 18 juin, à propos de la réunion du congrès de la tuberculose.

Capacité nourricière. — M. Ledé étudie les conditions sociologiques qui font qu'une commune recherche des nourrissons et en conclut que les enfants sont plutôt confiés à des nourrices habitant des agglomérations qu'à des nourrices habitant des hameaux isolés.

Eaux minérales. — M. Alb. Robin lit sur un certain nombre de demandes en autorisation d'exploiter des sources minérales un rapport dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Irréductibilité de l'utérus gravide en rétroversion traitée par la laparotomie. Accouchement à terme. — M. Mouchut (de Sens) lit deux observations terminées par la guérison.

A 4 heures un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Hayem sur les candidats au titre d'associé national.

Les candidats seront présentés dans l'ordre suivant : En première ligne M. Doyen (d'Uriage) ; en deuxième ligne

M. Heurtaeux (de Nantes) ; en troisième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Henrot (de Reims), Pamard (d'Avignon) ; Poulet (de Montpellier) et Pierret (de Lyon).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 avril 1899. — Présidence de M. Raymond.

Du traitement des goîtres exophtalmiques. — M. Debove. Une malade, âgée actuellement de trente-neuf ans, a eu, à l'âge de vingt-quatre ans, un goître exophtalmique caractérisé par la saillie des globes oculaires, des palpitations et un tremblement généralisé. Elle a été guérie par des injections de teinture d'iode dans son goître. Ces injections furent commencées trois mois après le début de l'affection. Ce traitement fut continué dix mois. A partir du troisième mois, le goître commença à diminuer, le tremblement disparut, les battements du cœur devinrent de moins en moins fréquents ; l'occlusion des paupières fut possible à partir du cinquième mois. Somme toute, il s'agit d'un goître exophtalmique guéri en dix mois par des injections iodées.

Il ne faudrait pas généraliser ce traitement à tous les goîtres exophtalmiques, car ils sont essentiellement différents, suivant leur nature même. La femme dont il s'agi ici a vu son goître se développer rapidement après une émotion vive ; il est probable que ce goître était d'origine hystérique, et par conséquent, justiciable d'un traitement qui pouvait frapper l'imagination de la malade. Le point capital dans toute tentative thérapeutique est donc d'élucider la cause du goître exophtalmique, et toute tentative qui ne tiendra pas compte de cette cause est inutile ou imprudente.

Voici quelques variétés : 1. Il y a des goîtres simples qui se transforment en goîtres exophtalmiques. 2. Quelques goîtres exophtalmiques sont développés sous l'influence des maladies du cœur. 3. D'autres goîtres exophtalmiques sont d'origine hystérique.

Il n'y a donc pas de traitement du goître exophtalmique, mais des goîtres exophtalmiques.

M. Béclère. J'ai rapporté une observation en 1894 à la Société ayant trait à une femme myxœdémateuse chez laquelle un traitement thyroïdien intensif fit apparaître simultanément des symptômes de goître exophtalmique et des manifestations hystériques. Il convient donc d'ajouter le suc thyroïdien à la liste déjà longue des poisons provocateurs de l'hystérie ; en sorte que le syndrome de Basedow peut être à la fois effet et cause de l'hystérie.

Alcool et phtisie. — M. L. Jacquet. J'ai fait établir récemment, de manière soigneuse, les antécédents personnels des phtisiques de mon service, relativement à l'alcoolisme. J'en compte 17, parmi lesquels 16 ont subi une alcoolisation forte plusieurs années avant les premières atteintes de tuberculose.

Tous ces malades buvaient de l'eau-de-vie ou du rhum et des apéritifs ; tous prenaient en outre de l'absinthe, sauf un, adonné presque exclusivement à « l'Amer Picon ».

Chez la plupart d'entre eux, la période ulcéreuse et cavitaire est venue vite, de un à deux ans, en moyenne. Cela est en désaccord avec l'affirmation de quelques auteurs sur la tendance fibroïde de la phtisie des alcooliques.

Cette statistique, je ne l'ignore pas, est pour ainsi dire à l'état brut. Chez plusieurs de ces malades, d'autres éléments étaient en cause : l'alcoolisme ou la tuberculose des ascendants, par exemple. Deux d'entre eux, issus d'alcooliques, portaient, dès l'enfance, des tuberculoses externes, lupus, tumeur blanche du genou.

En outre, l'alcoolisme est si répandu dans la population ouvrière, que la tuberculose doit forcément se concilier fréquemment avec lui.

Malgré toutes ces réserves, les chiffres que je cite sont impressionnants et de nature à faire considérer l'alcool et surtout les apéritifs et l'absinthe, comme bacilliphiles, plus dangereusement encore qu'on ne le pense et surtout qu'on ne le dit. Et puisque la Société a mis à son ordre du jour l'étude de l'alcoolisme dans les hôpitaux, je serais d'avis de voir mes collègues apporter à ce sujet le résultat de leurs observations.

M. Hayem. On trouverait presque toujours de l'alcoolisme si l'on fouillait les antécédents des malades de l'hôpital, même des femmes, quelle que soit l'affection qui les amène dans nos salles. Il est, d'ailleurs, parfaitement exact que, bien souvent, la « phtisie se prend sur le zinc ». Mais pour montrer aux pouvoirs publics le rôle énorme de l'alcoolisme chez la population ouvrière, il serait préférable, au lieu de choisir une maladie en particulier, de rechercher systématiquement l'alcoolisme chez tous les malades d'hôpital : en faisant cette recherche, au même moment, dans tous les hôpitaux, on réunirait des documents intéressants

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 avril 1899. — Présidence de M. Jullien.

La séance est ouverte à 4 heures et demie.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. Dubuc rappelle que, dans sa thèse inaugurale, il a cité un cas de phagédénisme qui est presque superposable à ceux rapportés par M. Jullien. Il s'agissait d'un malade vu par Cullerier qui présentait un chancre phagédénique à base molle et qui pourtant, six à sept semaines après son début, eut une poussée éruptive des plus malignes dont la nature spécifique fut d'abord méconnue par Cullerier.

Ces accidents syphilitiques graves furent accompagnés de fièvre, amaigrissement, etc. ; et le mercure ne les amenda que fort peu ; seul l'iodure de potassium et les toniques ordonnés par Vidal en eurent raison. M. Dubuc a vu ce malade qui était étudiant en médecine en 1864 ; il portait des cicatrices énormes. M. Dubuc se rappelle que ce malade était de Turin ; il ne sait s'il avait eu la malaria ; mais il avait fait des excès de toute sorte, et incontestablement d'autres causes de déchéance organique que le paludisme peuvent aggraver la syphilis, tel l'alcoolisme.

Il est à remarquer que les syphilis graves ont en général des débuts anormaux : tel un malade vu par M. Dubuc à Cochin, qu'on avait cru *morveux* et qui fut reconnu syphi-

litique, sans qu'on ait pu retrouver l'accident initial. En résumé la malignité de la syphilis est due aux variétés du terrain infecté.

M. Gillebert-Dhercourt demande à M. Dubuc comment se sont comportés les ganglions dans son premier cas et s'ils ont suppuré.

M. Dubuc dit que son malade n'a eu des ganglions que du côté gauche et qu'ils n'ont pas suppuré.

M. Dhomont a vu, il y a une huitaine de jours, un malade qui avait des plaques muqueuses sur les amygdales et une roséole douteuse, sans qu'on ait pu retrouver trace de l'accident initial. M. Buret qu'il a appelé pour confirmer le diagnostic et rechercher avec lui la trace de la porte d'entrée, ne l'a pas non plus trouvée.

M. Jullien reconnait avec M. Dubuc que son observation se rapproche de celles qu'il a apportées à la dernière séance. Dans la syphilis maligne précoce, il faut admettre, à côté de la syphilis, une autre infection ; et, ce qui le prouve, c'est la présence de ganglions tuméfiés très éloignés de la lésion. Ces cas de syphilis maligne ne sont pas si rares qu'on le croit ; il en a vu beaucoup.

M. Jullien, pour faire pendant à l'histoire du syphilitique de Cochin cité par M. Dubuc, qui fut pris pour un morveux, rappelle qu'en 1876, alors qu'il y avait des cas de peste bubonique à Astrakhan, on trouva un jour dans les rues de Saint-Pétersbourg un homme avec des bubons dans les aisselles. Botkine crut à un cas de peste ; et il ne fallut rien moins que l'examen de Lewin, de Berlin, pour reconnaître que le malade n'était qu'un syphilitique.

M. Dubuc fait observer que ces syphilis malignes rappellent les syphilis du XV^e^ et du XVI^e^ siècle.

M. Buret, qui se disposait à faire la même observation que M. Dubuc, ajoute qu'au Portugal en 1812 et aux Indes en 1896 — comme le démontre un travail de M. Ogilvie qu'il doit analyser devant la Société — il y eut des épidémies de syphilis maligne absolument identiques à celles des siècles précédents.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels ; comptes rendus annuels de la Société de médecine de Nancy.

Correspondance manuscrite. — Lettre de M. Vergoz, directeur du journal la *Publicité médicale et pharmaceutique*, demandant à la Société de vouloir bien lui faire le service de la *France Médicale* (à 3 ou 4 exemplaires), afin de pouvoir donner, en temps utile, un compte rendu sommaire de nos séances.

La Société accède à ce désir et charge le secrétaire général d'en informer M. Chevallereau, directeur de la *France Médicale* et de s'entendre avec M. Vergoz.

M. Jullien fait une communication sur un cas grave de lithiase biliaire. (V. ci-dessus, p. 261).

M. Bouloumié, qui a soigné le malade à Vittel, complète l'observation de ce cas remarquable de guérison d'un sujet envoyé aux eaux en désespoir de cause.

M. Glénard demande à être inscrit à l'ordre du jour de la prochaine séance pour répondre à M. Bouloumié.

La séance est levée à 5 h. 40.

Un des secrétaires annuels,

E. Albert-Weil.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 10 avril 1899.

Traitement de la gale par le baume du Pérou. — M. Jullien s'élève contre les assertions pessimistes de M. Hallopeau touchant les dangers du traitement de la gale par le baume du Pérou. Celui-ci a été toujours considéré comme non toxique. Depuis que des cas d'irritation cutanée ou d'intoxication ont été rapportés, M. Jullien a fait des expériences sur des lapins. Dans celles-ci les onctions du baume du Pérou sur la surface des téguments ont été bien supportées ; il en a été de même pour le baume administré à l'intérieur à doses progressives, sauf à la dose de 100 gr. pour un homme de poids moyen. Le baume du Pérou a été employé dans près d'un milion de cas sans aucun accident.

M. Fournier n'a jamais observé d'accidents à la suite de l'emploi du baume. Par contre avec le traitement par la pommade soufrée, tel qu'il est appliqué à l'hôpital Saint-Louis, on remarque souvent, depuis quelque temps surtout, des eczémas secondaires persistants.

De l'emploi de l'orthoforme. — M. Besnier n'a pas eu à se louer de l'orthoforme employé par M. Danlos pour rendre indolores les injections sous-cutanées de sels mercuriels ou pour combattre le prurit. L'orthoforme est souvent irritant et même toxique, surtout chez les enfants.

M. Brocq a prescrit l'orthoforme sous forme de pommade au 1/20 et a remarqué une diminution momentanée du prurit, puis au bout de quarant-huit heures une vive irritation de la peau avec des démangeaisons intenses. Cette irritation de la peau se caractérisait par de l'érythème avec infiltration nodulaire du derme et même parfois avec production de vésicules. M. Brocq pense qu'il est préférable de ne pas employer l'orthoforme.

M. Thibierge a observé que l'orthoforme détermine parfois des vomissements accompagnés d'hypothermie. D'après Epstein de Breslau, l'addition d'orthoforme aux injections mercurielles diminue parfois la douleur ; souvent il ne produit aucun effet ; dans quelques cas il rend l'injection plus douloureuse. C'est un médicament à rejeter.

Œdème rhumatismal. — M. du Castel présente un malade atteint d'œdème des jambes, œdème rouge se produisant par poussées qui durent cinq ou six jours, s'accompagnent de douleurs profondes et d'une grande gêne dans la marche.

Verge noire à la suite de l'antipyrine. — M. Fournier a observé chez trois malades des taches gris-ardoise, presque noires, sur le prépuce et le gland, avec rougeur et infiltration considérables de ces régions. Cette éruption effraie les malades qui croient à de la gangrène et doit être rapportée à l'ingestion d'antipyrine. Dans un cas il y avait aussi des taches analogues sous chaque malléole externe et dans un espace interdigital de la main. Ces taches de la verge ont duré plusieurs semaines.

Tuberculides angiomateuses et hypertrophiques. — MM. Leredde et Maury présentent un malade de 15 ans atteint il y a deux mois de bronchite avec expectoration, matité du sommet droit et suppuration ganglionnaire inguinale de nature tuberculeuse. Quelque temps après, chez ce malade des taches violacées ou rouge sombre se sont mon-

rées sur les avant-bras, le scrotum, les jambes et la plante des pieds ; ces taches sont analogues à des angiokératomes. Il existe en outre à la face postérieure des coudes, sur les poignets et le dos des mains, des saillies rouges, un peu squameuses, qui guérissent laissant une cicatrice blanche. Ce fait vient à l'appui de l'opinion soutenue par MM. Leredde et Milian sur l'origine tuberculeuse et l'angiokératome de Mibelli.

MM. HALLOPEAU et LE SOURD présentent un malade atteint d'une poussée érythrodermique aiguë au cours d'un lichen de Wilson.

M. HALLOPEAU présente une malade chez laquelle des condylomes acuminés volumineux se sont greffés sur des lésions syphilitiques.

M. JULLIEN relate une observation de réinfection chez un hérédo-syphilitique présentant entre autres stigmates une absence congénitale des ongles des doigts et des orteils.

Onychogryphose cornée. — MM. BALZEC ET GAUCHERY présentent un malade de 58 ans chez qui l'ongle du gros orteil gauche est remplacé par une corne de lisse arrondie de 6 centimètres de long. Les autres orteils présentent des lésions analogues, mais moins accentuées.

Dr B.

DIXIÈME CONGRÈS DES MÉDECINS

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE

Tenu à Marseille du 4 au 8 avril 1899.(Suite et fin). (1).

Les aliénés méconnus et condamnés. — M. TH. TATY, *rapporteur*. Les aliénés méconnus et condamnés se répartissent en deux groupes suivant que leur état mental a été totalement méconnu, ou a fait l'objet d'un examen médico-légal. Les faits d'aliénés condamnés, malgré les conclusions de l'expertise, sont heureusement rares et tendent à le devenir de jour en jour davantage : il faut en chercher les exemples frappants dans un passé déjà reculé et à l'étranger même. Il n'y a pas lieu de distinguer les cas où les experts, tout en reconnaissant les troubles mentaux, ont néanmoins conclu à la responsabilité plus ou moins atténuée, car ou bien les experts se seront trompés en admettant la responsabilité partielle, ou bien les tribunaux n'auront pas tenu compte des réserves de l'expertise et ces cas entrent tous deux dans le second groupe. A ces deux grands groupes, il faudrait encore en joindre un troisième : celui des individus, reconnus aliénés par l'expert, qui bénéficient en conséquence d'une ordonnance de non lieu et qui, une fois en sûreté à l'asile, tantôt laissent deviner leur véritable état de santé, tantôt entrent dans la voie des aveux pour obtenir leur sortie. Ce sont là les pseudo-irresponsables de M. Charpentier ou ceux qui, d'après M. Vallon, font de l'aliénation préventive, se créant ainsi pour l'avenir une sorte d'alibi psychopathique précieux à invoquer dans des démêlés ultérieurs avec la justice. Aujourd'hui, les faits de refus d'expertise sont de plus en plus rares, mais les cas d'oubli d'expertise sont plus nombreux, c'est à eux que l'auteur limite son rapport.

Les origines de la question datent de Parchappe qui signale en 1865 au ministère de l'Intérieur le cas d'aliénation méconnue suivie de condamnation. La discussion ouverte par M. Bailleul contient en germe toute la question des aliénés méconnus et condamnés avec ses problèmes : existent-ils réellement? S'il y en a, quels sont ils? Comment peut-on arriver à empêcher ces faits regrettables? Napoléon Ier avait songé que certains criminels pouvaient être des fous qui doivent être conduits plutôt à l'asile qu'au tribunal. « Ils n'est pas d'année, dit Brière de Boismont, que je ne voie des individus, dont le signalement est toujours le même, venir s'asseoir sur le banc de la Cour d'assises. » Ils ont de l'indifférence pour les questions qu'on leur adresse, et on leur entend souvent dire qu'ils ne savent pas pourquoi ils ont agi ainsi. Dans leurs antécédents on relève des maladies nerveuses, soit propres, soit héréditaires : pour eux on abaisse la peine, mais c'est là une application erronée et douloureuse de la loi.

Aujourd'hui l'étude de plus en plus complète des obsessions, des impulsions, des fugues et des états pathologiques auxquelles elles se rattachent, montre que nombre d'attentats à la pudeur, de vols, de délits d'escroquerie ou de vagabondage, d'homicides mêmes, sont commis journellement par des aliénés que la science moderne désigne sous le nom de pervertis sexuels, d'impulsifs dégénérés, de kleptomanes, de pyromanes, d'hystériques en état second, d'excités circulaires, sans compter ceux que continuent à commettre les paralytiques généraux, les déments et les épileptiques. Aujourd'hui, dès que l'acte délictueux est avoué, la cause est promptement entendue et promptement jugée, mais dans cette justice sommaire on rencontre de temps à autre la condamnation d'un aliéné et cependant on peut dire que ces faits deviennent de plus en plus rares et que les magistrats appellent volontiers le médecin dès qu'un doute surgit sur l'intégrité des facultés intellectuelles du prévenu. Mais n'est-ce pas là une affirmation trop optimiste? Faut-il croire que les cas où l'aliénation a été méconnue restent si bien méconnus qu'ils le sont encore et le resteront toujours tant qu'on ne fouillera pas attentivement les antécédents des aliénés observés dans les asiles ou dans les prisons? Faut-il penser aussi que les résultats obtenus par les aliénistes, en diminuant le nombre de condamnations d'aliénés pour crimes, leur ont paru suffisants, et ont un peu détourné leur attention de ceux qu'il y aurait à obtenir dans les cas de condamnation pour délit? Les travaux d'ensemble sur les aliénés méconnus et condamnés tendent à le faire admettre. Ils sont l'œuvre de Vingtrinier, de Parchappe, que l'auteur analyse d'après Brière de Boismond. La thèse du Dr Pactet en 1891 remet la question en discussion et déclare en concluant que, dans tous les cas observés, les condamnations auraient pu être évitées si le prévenu avait été soumis à l'examen d'un médecin aliéniste. Pactet a relevé 18 cas de condamnation comme ayant frappé des paralytiques généraux, ainsi que 1 cas pour faux et 5 cas pour vagabondage et mendicité, 2 observations pour outrage et attentat à la pudeur. En 1892, au Congrès d'Anthropologie de Bruxelles, M. Paul Garnier a relevé, de 1886 à 1890, 255 erreurs judiciaires. En 1894, au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Clermont-Ferrand, M. Monod fournit une statistique de 271 cas dans lesquels toute condamnation aurait été évitée par une expertise. La dégénérescence mentale, la faiblesse intellectuelle, les persécutés et les excités maniaques forment la plus grande partie des condamnations, puis viennent les paralytiques généraux. Le dernier travail sur ce sujet émane de MM. Vigouroux et Colin : 24 de leurs malades sur 36 ont été considérés comme responsables. La plupart sont des dé-

(1) V. *France Médicale*, n° 15, p. 234.

générés violents ou des épileptiques et un paralytique général.

La deuxième partie de ce rapport est consacrée aux moyens d'éviter les condamnations d'aliénés : s'il y a à la fin du XIXe siècle des aliénés méconnus et condamnés, la cause en est dans la présomption légale de l'intégrité des facultés intellectuelles de l'inculpé ; dans ce fait encore que le magistrat, porté doctrinalement à croire l'inculpé sain d'esprit, n'a pas le temps matériel d'avoir des doutes sur l'intégrité mentale des milliers de prévenus qui lui passent sous les yeux. Mais pourquoi l'expertise ne serait-elle pas déclarée obligatoire par la loi au même titre que l'interrogatoire ? Il faudrait aussi, comme le dit M. Monod, rattacher par un lien plus étroit les médecins aliénistes à l'instruction des affaires judiciaires et étendre aux étudiants l'étude des maladies mentales.

Mais il faut encore inscrire dans la loi des dispositions donnant à la magistrature toute sécurité au sujet de l'internement des aliénés dangereux.

C'est la question de l'internement des aliénés dits criminels qui vient se soulever et à laquelle l'affaire Vacher a donné un regain d'actualité mais faisant exprimer des regrets sur l'absence d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels.

Il faut donc, suivant les désirs de M. P. Garnier et de M. Ballet, donner à la magistrature le pouvoir de statuer d'office sur la séquestration de criminels ou délinquants déclarés irresponsables pour cause d'aliénation mentale et d'intervenir dans leur sortie, créer enfin des asiles spéciaux de sûreté. Le projet de loi de M. Dubief donne satisfaction à ces désirs. Instruction contradictoire avec son corollaire obligé, l'expertise contradictoire, obligation pour le jury de se prononcer sur la question d'irresponsabilité, tel est l'ensemble des garanties données par la loi sur l'instruction criminelle combinée avec les propositions Dubief et Cruppi, à l'individu et à la Société. De plus, le Congrès des aliénistes de Bordeaux (1895) a émis le vœu que les aliénés méconnus et condamnés soient réhabilités par l'appel. Tels sont les moyens qui protègent l'aliéné avant la condamnation, après la condamnation et même lorsque cette dernière est devenue définitive.

Les conclusions du rapporteur sont les suivantes :

I. Malgré tous les progrès on constate encore la condamnation d'aliénés indiscutables : cela paraît facile à éviter et doit l'être.

II. On constate aussi les condamnations d'individus susceptibles de commettre des infractions sous l'influence de tares psychiques, mais capables aussi d'en commettre d'autres à caractère moins nettement pathologique ou même de se servir de ces tares ou de ces phases délirantes pour dégager ultérieurement leur responsabilité. On ne peut donc pas déduire des internements antérieurs dans les asiles que les individus étaient aliénés au moment de l'infraction.

III. Les médecins magistrats, législateurs, doivent rechercher les moyens d'empêcher les condamnations pour infractions symptomatiques d'un état d'aliénation et faciliter la critique médico-légale.

IV. Ces moyens peuvent être préventifs ou réparateurs :

A. *Moyens préventifs* : 1° Développement de l'enseignement des maladies mentales ;

2° Extension de cet enseignement aux étudiants de la Faculté de droit qui sont de futurs avocats ou magistrats instructeurs ;

3° Organisation d'un service médical chargé de visiter les prévenus incarcérés ;

4° Garanties données à la société et à l'individu par trois sortes de mesures :

a). Expertises contradictoires.

b). Intervention de la magistrature pour le placement d'office des prévenus reconnus aliénés.

c). Nécessité pour le jury de statuer sur l'irresponsabilité des accusés.

d). Création des asiles de sûreté, sous diverses réserves (placement effectué sur avis médical seul).

B. *Moyens réparateurs*. 1° Si la condamnation se produit, réformation du jugement par voie d'appel, actions d'office des procureurs généraux jouissant dans ce but d'un délai exceptionnel de deux mois.

2° Quand la condamnation est devenue définitive, intervention de l'inspection psychiatrique des prisons pour placer le malade dans un asile ordinaire et non dans un asile spécial.

Les aliénés condamnés dans l'armée. — M. GRANJUX. Il m'a semblé que l'on pourrait peut-être trouver des éléments d'appréciation importants pour l'étude de cette question si grave « les aliénés condamnés », d'une part, dans la connaissance exacte de ce que deviennent, au point de vue de l'aliénation mentale, les militaires condamnés, et, d'autre part, dans la comparaison de ce qui se passe au point de vue mental chez eux et chez leurs camarades n'ayant pas eu maille à partir avec la justice. Je vais avoir l'honneur de vous exposer les résultats auxquels je suis arrivé en suivant cette voie.

Comme les recherches statistiques ne valent que par la confiance qu'inspirent les travaux sur lesquels elles reposent, je dois déclarer, avant tout, que je me suis servi exclusivement d'un document dont l'impartialité s'impose, « la statistique médicale de l'armée », rédigée au ministère de la Guerre, d'après les rapports établis par le service de santé. Mes calculs, basés sur des données officielles, en tirent toute leur valeur.

Comme vous le savez, sans doute, les résultats de l'action de la justice militaire peuvent se résumer ainsi :

a) Les militaires condamnés par les Conseils de guerre subissent leurs peines, soit dans des prisons, soit dans des pénitenciers, soit dans les ateliers de travaux pablics.

b) Indépendamment des Conseils de guerre, les hommes de troupes sont justiciables des conseils de discipline régimentaires, qui ont qualité pour prononcer l'envoi dans les compagnies de discipline — vulgairement appelées « biribi » — où sont envoyés directement les mutilés volontaires.

c) A leur sortie de prison, les militaires sont dirigés sur les bataillons d'infanterie légère d'Afrique — appelés en argot militaire « bat d'af » ou « joyeux » — où sont reçus, dès leur incorporation, les jeunes soldats déjà frappés par la justice civile.

Or, grâce à la statistique médicale de l'armée, il est facile de savoir combien chacun de ces groupes a subi de réformes du fait de l'aliénation mentale, par conséquent comment il se comporte vis-à-vis d'elle. On peut avoir aussi facilement les mêmes renseignements pour le reste de l'armée. Voici ces données :

1° Prisons, pénitenciers et ateliers de travaux publics. Dans ce groupe, on a réformé pour « aliénation mentale paralysie générale, idiotie » : en 1893, 6 hommes sur un ef-

lectif de 4,935, soit 1[2 0[00. En 1894, 6 sur 5,204, soit 0,9 0[00. En 1895, 10 sur 5,024 soit 2 0[00. En 1896, 6 sur 4,076, soit ,5 0[00.

Ainsi donc, dans les prisons, pénitenciers et ateliers de travaux publics, on réforme annuellement pour aliénation l'homme 1[2 sur 1.000.

2° Compagnies de pionniers et de fusilliers de discipline. Pour les motifs ci-dessus indiqués, on a réformé dans ces corps d'épreuve : en 1893, personne sur un effectif de 771. En 1894, 2 sur 875, soit 2[3 0[00. En 1895, 4 sur 902, soit 4,4 0[00. En 1896, 5 sur 717, soit 6,9 0l00,

Conclusions : même en comptant l'année 1893, où aucun aliéné n'a été trouvé parmi les disciplinaires, on réforme actuellement, pour aliénation, 3,4 de ces hommes sur 1,000.

3° Bataillons d'infanterie légère d'Afrique ; on y a réformé toujours pour les mêmes affections : en 1893, 5 chasseurs sur un effectif de 4,864, soit 1 0[00. ; en 1894, 3 sur 5,532, soit 0,5 0[00 ; en 1895, 6 sur 6,494, 0,9 0[00 ; en 1896, 6 sur 6,527, soit 0,9 0[00. On réforme donc aux bataillons d'Afrique pour aliénation mentale en moyenne chaque année 0,8 d'homme pour 1000.

4° Armée, moins les prisonniers et les corps d'épreuve. Si de la statistique totale de l'armée, on décompte tout ce qui est afférent aux trois groupes précédents, on voit que « l'aliénation mentale, la paralysie générale, l'idiotie » ont nécessité pour le reste des troupes : En 1893, 202 réformes sur un effectif de 459,284, soit 0,4 0[00. En 1894, 217 sur 480,662 présents, soit 0,4 0[00. En 1895, 215 sur 477,345 présents, soit 0, 5 0[00. En 1896, 215 sur un effectif de 497,505. soit 0,04 0[00.

On réforme donc pour aliénation dans l'armée, déduction faite des prisons et des corps d'épreuve en moyenne 0,4 pour 1000 présents.

Si l'on rapproche les résultats précédents, on voit que l'aliénation mentale nécessite chaque année :

1,5 réforme dans les prisons.

3,4 réformes dans les compagnies de discipline.

0,8 réforme dans les bataillons d'Afrique.

0,4 réforme dans le reste de l'armée.

Ces chiffres peuvent se traduire par les énoncés suivants :

1° Il y a, aux bataillons d'Afrique, deux fois plus d'aliéné que dans le reste de l'armée.

2° Il y a dans les prisons, pénitenciers, ateliers de travaux publics, quatre fois plus d'aliénés que dans le reste de l'armée.

3° Il y a aux compagnies de discipline huit fois et demie plus d'aliénés que dans le reste de l'armée.

Comment peut-on interpréter la prédominance de l'aliénation mentale dans les prisons et dans les corps d'épreuves ?

Quatre hypothèses seulement nous paraissent admissibles :

1° La première serait que les réformes auraient été prononcées à tort, et l'aliénation simulée. Il est hors de conteste que dans les prisons, pénitenciers, ateliers de travaux publics, bataillons d'Afrique, compagnies de discipline, la simulation est en honneur ; il y a là des méthodes habiles secrètement transmises, des procédés qui se modernisent, et avec lesquels le médecin doit compter. Mais en supposant que la bonne foi de l'expert soit surprise, ce ne peut être que de temps à autre ; et les réformes ainsi escamotées ne sauraient être bien nombreuses, étant donnée surtout la difficulté avec laquelle le commandement les accorde pour cette catégorie de militaires. C'est donc un facteur dont il faut tenir compte, mais qui n'est pas suffisant, à lui seul, pour fournir l'explication cherchée

2° En second lieu, on pourrait se demander si ce n'est pas le régime des prisons et du corps d'épreuve qui fait éclore ces nombreux cas d'aliénation chez des gens non prédisposés. Nous ne connaissons aucun fait certain, aucun document probant qui puisse justifier cette hypothèse, dont la réalité serait si honteuse pour notre armée ; nous le disons avec d'autant plus de conviction que, chargé à deux reprises différentes du service de santé dans des prisons militaires, nous n'avons jamais rien vu qui pût justifier une pareille accusation ;

3° On peut rechercher si le régime des prisons et corps d'épreuve n'est pas de nature à faire éclore des troubles psychiques chez des *héréditaires prédisposés* qui, jusqu'alors, n'avaient donné lieu à aucune manifestation pathologique bien caractéristique. On sait, du reste, combien d'individus de cette catégorie sont embarrassants pour des aliénistes de carrière au point de vue du diagnostic ;

4° Enfin, on peut se demander si des aliénés avérés ou débutants ne seraient pas méconnus lors de leur comparution en conseil de guerre ou de discipline, et envoyés par suite dans les établissements pénitentiaires ou corps d'épreuve.

Nous croyons, pour notre part, que c'est l'apport des individus de ces deux dernières catégories qui peut expliquer la prépondérance de l'aliénation mentale dans les prisons et corps d'épreuve, et voici sur quoi nous basons cette opinion :

En réalité, les manifestations du déséquilibre mental qui se produisent dans l'armée peuvent être divisées, quant aux suites qu'elles ont pour leurs auteurs, en deux catégories, suivant qu'elles semblent ou non constituer des actes d'indiscipline.

Dans le premier cas : absence illégale, injures, refus d'obéissance, rébellion, voies de fait, etc., le commandement trouve dans l'indiscipline une cause si naturelle et expliquant si bien tous les événements, qu'il ne peut se demander s'il y a autre chose, d'autant que la notion de cette autre chose lui est étrangère. Si ce soi-disant indiscipliné est, par hasard, un cérébral, son état sera méconnu, car les fugues et les impulsions des épileptiques, l'état second des hystériques, les actes extravagants des dégénérés, et, plus particulièrement, des fous moraux, les formes de début de l'aliénation et surtout de la paralysie générale, l'alcoolisme dans ses manifestations si multiples, sont ignorés des chefs militaires, alors qu'ils sont loin d'être rares dans cette armée où trop de parents, qui la prennent pour une maison de correction, glissent des enfants réputés incorrigibles, et vous savez ce que cache souvent cette étiquette.

Si, au contraire, les actes de l'individu ont frappé par leur bizarrerie, s'ils n'ont pas de relations avec le service, ou si même s'étant produits dans le service ils n'ont pas porté atteinte à la discipline, dans ce cas l'homme est envoyé à la visite du médecin du corps.

En résumé, les actes commis par des militaires entrant dans l'aliénation sont jugés en premier ressort exclusivement par les officiers. De ces faits les uns sont fatalement considérés comme des actes d'indiscipline, et, à l'heure actuelle, il ne saurait en être autrement ; leurs auteurs ne sont point soumis à un examen médical et sont l'objet de punitions ou de condamnations. Personnellement, dans les nombreuses années que j'ai passées dans les corps de troupe, jamais, je n'ai été appelé à me prononcer sur l'état mental d'individus traduits en conseil de guerre ou de discipline. Seuls des

actes non taxés d'indiscipline, et de ceux-là seulement, le commandement se décharge sur les médecins.

Telle est la façon dont les choses se passent ; elle explique, croyons-nous, comment les prédisposés et les aliénés peuvent aller dans les prisons et dans les corps d'épreuve.

A cette situation, si regrettable à tous égards, il serait, croyons-nous, facile de porter remède. L'afflux des aliénés dans les prisons et corps d'épreuve tient — nous venons de le démontrer — à l'absence d'un filtre capable d'arrêter les cérébraux au seuil des conseils de guerre ou de discipline. On mettrait donc fin à cet état anormal, en construisant le barrage en question. Eh bien, rien n'est plus simple. Il suffirait de prescrire que dorénavant, aux nombreuses pièces exigées pour la comparution d'un homme au conseil de guerre ou de discipline, serait joint un rapport médico-légal dans lequel le médecin-major ne bornerait pas ses investigations au séjour de l'homme au corps, mais tenterait d'établir, par une enquête médicale, ses antécédents.

Nous ne prétendons pas que les médecins de régiment pourront trancher au pied levé toutes les questions de responsabilités ; loin de là ; il y aura toujours nombre de cas embarrassants, demandant une observation attentive, prolongée, et faite dans un milieu spécial ; mais les signaler est déjà chose capitale. Le but à attendre de l'examen que nous réclamons est non pas de résoudre complètement et définitivement des questions d'essence si complexe, mais d'éclairer la religion des juges militaires, de faire faire les enquêtes et études nécessaires, enfin de ne pas laisser prendre des malades pour des coupables.

Tout ce que nous venons de dire peut, en définitive, se résumer dans les conclusions suivantes :

1° La statistique médicale de l'armée établit que le nombre des aliénés est, par rapport au reste de l'armée, double dans les bataillons d'Afrique, quadruple dans les établissements pénitentiaires, et huit fois et demie plus considérable dans les compagnies de discipline.

2° La raison en est que nombre de prédisposés, d'aliénés confirmés ou au début sont fatalement méconnus lors de leur comparution aux conseils de guerre ou de discipline.

3° On empêcherait, sinon totalement, du moins en grande partie, de pareilles erreurs, en prescrivant que tout homme en prévention de conseil de guerre ou de discipline serait soumis à un examen médico-légal de la part du médecin du corps.

4° Il est désirable que cette mesure, si facilement réalisable, devienne rapidement obligatoire.

Cette communication a été suivie d'une discussion à laquelle ont pris part MM. S. Garnier, Giraud, Rey, Mabille, Drouineau, Vallon et Régis, puis le Congrès a adopté à l'unanimité le vœu suivant :

« Que l'expertise médicale au point de vue mental soit organisée devant les tribunaux militaires de terre et de mer, comme elle existe devant les tribunaux civils ; qu'en particulier l'examen mental de tout militaire en prévention de conseil de discipline ou de conseil de guerre soit pratiqué par le médecin du corps avec adjonction possible, sur sa demande, d'experts spécialistes, pris sur la liste dressée chaque année par les tribunaux du ressort ».

Un cas de tremblement segmentaire dans la sclérose en plaques. — M. le professeur Grasset (de Montpellier). Longtemps on a accusé les hystériques de faire et d'appliquer une anatomie et une physiologie fantaisistes et personnelles, quand on les voyait présenter des symptômes à distribution segmentaire, c'est-à-dire par exemple des anesthésies occupant des segments de membres et limitées par une ligne circulaire, perpendiculaire à l'axe du membre, une ligne d'amputation ou de désarticulation.

On était presque tenté de considérer comme une preuve de simulation, en tout cas on considérait comme d'origine nécessairement corticale ces symptômes à distribution paradoxale par rapport à la distribution connue des nerfs périphériques et des racines nerveuses.

Aujourd'hui, l'opinion des neurologistes s'est entièrement modifiée.

Depuis les beaux travaux que Brissaud a accumulés et ceux qu'il a provoqués, on sait que des lésions médullaires, parfaitement authentiques et constatées à l'autopsie, peuvent produire des symptômes à distribution segmentaire ; certaines anesthésies des syringomyéliques notamment ressemblent, à s'y méprendre, à des anesthésies hystériques.

Aujourd'hui on sait distinguer et opposer, sur un membre donné, trois ordres différents de distribution : la distribution nerveuse (lésion des nerfs : territoire anatomique des nerfs périphériques), la distribution radiculaire (lésion des racines : bandes longitudinales, parallèles entre elles et à l'axe du membre) et la distribution métamérique ou segmentaire (lésion de la moelle, du métamère spinal : segments limités par une ligne circulaire perpendiculaire à l'axe du membre).

Quoique déjà fort avancée (pour son âge) et brillamment documentée, l'histoire de cette distribution métamérique ou segmentaire des symptômes nerveux ne paraît pas terminée.

Cette étude a principalement et à peu près exclusivement porté sur les symptômes trophiques, comme les zonas et certaines dermatoses, et sur les symptômes sensitifs, comme les anesthésies totales ou dissociées (nous y joindrons volontiers certaines paresthésies ou mieux acroparesthésies).

Mais les symptômes moteurs ont été bien moins étudiés au point de vue de leur distribution métamérique ou segmentaire.

C'est sur cette lacune que je voudrais attirer l'attention des cliniciens en vous rapportant sommairement un cas de tremblement à distribution segmentaire chez une malade atteinte de sclérose en plaques.

Il s'agit d'une femme de 40 ans, que j'ai encore dans mon service (salle Achard Esperonnier, n° 6).

Dans ses antécédents pathologiques on ne trouve qu'une influenza, il y a six ans, suivie d'une bronchite interminable, dont le déclin paraît s'être enchaîné avec la maladie actuelle.

Cette maladie actuelle a débuté il y a deux ou trois ans par des vertiges. Puis sont survenues : une impotence de la jambe gauche avec raideur, puis une hémianesthésie gauche, puis le tremblement du bras droit, sur lequel nous allons revenir et qu'elle constate brusquement un jour en garnissant une lampe.

Plus tard, la parole devient et reste scandée, monotone, spasmodique, caractéristique. — Le tremblement, tout en restant beaucoup plus marqué au bras droit, s'étend, notamment à la tête, qui, quand elle n'est pas appuyée, est agitée de mouvements de oui, de non et de latéralité.

Dans les membres gauches l'hémianesthésie a disparu, il y a un tremblement intentionnel (moins marqué qu'à droite) et surtout diminution de la force musculaire avec atrophie de certains muscles, attitude du pied en équin, douleurs spontanées et à la pression des tronc nerveux, réflexes tendineux exagérés et diminution de l'excitabilité faradique et galvanique sans réaction de dégénérescence.

J'arrive enfin au tremblement du membre supérieur droit, qui seul nous intéresse ici.

Ce tremblement est nettement intentionnel ; il n'apparaît nullement au repos,

On ordonne le mouvement classique de porter un verre à la bouche, de boire et de répéter l'acte : pour saisir le verre, la malade tremble beaucoup et de plus en plus si on déplace le verre et si on rend plus long et plus difficile cet acte de le saisir. Une fois le verre bien saisi, elle le porte à la bouche sûrement, sans trembler, et, même en répétant cet acte une série de fois, elle le fait correctement. Mais de nouveau, quand, le verre étant près de la bouche, il faut faire les mouvement nécessaires pour boire, le tremblement reparaît et augmente si on fait répéter cet acte particulier, non de porter le verre à la bouche, mais de le vider.

Il est facile d'analyser cette particularité qui, à première vue, ferait croire que le signe classique de la sclérose en plaques n'existe pas chez notre malade, puisqu'en somme elle porte correctement un verre à sa bonche.

En réalité, elle a le tremblement intentionnel de la sclérose en plaques avec ses caractères classiques ; seulement il est limité aux mouvements des doigts et de la main sur l'avant-bras. Alors il apparaît nettement quand ces mouvements interviennent pour saisir le verre ou pour le vider ; mais il n'apparaît pas du tout, quand, le verre une fois saisi, les mouvements de l'avant-bras et du bras interviennent seuls pour porter le verre de la table à la bouche.

De même il lui est impossible,à cause des tremblements, d'enfiler une aiguille, de coudre, d'écrire ; mais, si on lui immobilise bien le poignet et les doigts sur un crayon, elle trace correctement une ligne droite horizontale, à condition de ne mouvoir que le coude et l'épaule.

En somme, c'est un tremblement segmentaire, en gant.

Ceci n'est ni classique ni fréquent dans la sclérose en plaques.

Pierre Marie exprime, en effet, l'opinion générale et courante quand il dit : dans la sclérose en plaques, le tremblement, « est massif, c'est-à-dire qu'un membre tout entier, le tronc, la tête, soit conjointement, soit séparément, se trouve emporté par ses oscillations. C'est donc tout le contraire de ce qui se passe pour la plupart des autres tremblements, que l'on pourrait qualifier de *segmentaires* parce qu'ils n'affectent guère qu'une très petite portion d'un membre (la main, les doigts). De plus, le tremblement de la sclérose en plaques est surtout un tremblement partant de la racine du membre, tandis que la plupart des autres tremblements en affectent de préférence la périphérie.»

A ces deux points de vue, le tremblement de notre malade est l'opposé du tremblement classique de la sclérose en plaques : au lieu d'être massif, il est segmentaire ; au lieu de porter sur la racine du membre, il en affecte exclusivement l'extrémité.

A cela on pourrait objecter que ma malade n'est peut-être qu'une hystérique et n'a pas de sclérose en plaques.

Je reconnais que l'hémianesthésie transitoire et l'émotivité de la malade pourraient faire penser à l'hystérie.

Mais les vertiges, les troubles de la parole, les parésies persistantes à gauche, la persistance et la marche progressive du tremblement ; le tremblement de la tête, l'atrophie musculaire, le pied en équin, la diminution de l'excitabilité faradique et galvanique... prouvent qu'il y a une lésion.

Peut-être avons-nous une association hystéro-organique mais la lésion organique paraît aussi certaine que possible pour une malade encore vivante. Et s'il y a lésion, cela ne peut être qu'une sclérose en plaques.

En tout cas, alors même qu'on n'accepterait pas mon diagnostic, un fait reste incontestablement acquis : c'est que nous avons là un tremblement nettement segmentaire, c'est-à-dire limité aux doigts et à la main.

Or, habituellement, quand on analyse un tremblement, on tient compte de la fréquence de ses oscillations à la minute et de l'influence que les mouvements volontaires exercent ou non sur son intensité. Mais on ne s'occupe pas de sa distribution.

C'est là, ce me semble, un troisième caractère qu'il faudra, à l'avenir, rechercher chez tous les trembleurs.

On arrive ainsi à localiser, mieux qu'avec les autres caractères, le siège de la lésion : on devra distinguer le tremblement distribué suivant la distribution anatomique des nerfs, le tremblement distribué suivant la distribution des racines, et enfin le tremblement distribué suivant les métamères spinaux.

En d'autres termes, et c'est la conclusion sur laquelle je désire attirer l'attention des neurologistes, en présence d'un tremblement, il ne faut plus, pour l'analyser et le définir, se contenter de dire : 1° s'il est rapide ou lent ; 2° si les mouvements volontaires le suppriment ou le font naître et croître, mais aussi il faudra 3° tâcher de voir quelle est sa distribution et, par suite, si c'est un tremblement nerveux périphérique, un tremblement radiculaire ou un tremblement segmentaire spinal.

Chute émotionnelle et généralisée du système pileux. — M. H. Bidon (de Marseille). Un homme parfaitement sain, chargé à un moment donné de ramener un troupeau à une heure du matin, voit entre les arbres une forme blanche apparaître et s'évanouir ; il s'agissait d'un mulet blanc qu'il connaissait : il rit de sa peur, se couche, se lève et n'observe rien d'anormal ; deux heures après, en saluant un propriétaire, il s'aperçoit que son chapeau est rempli de cheveux et sa tête chauve ; les jours suivants, il perd peu à peu les sourcils et les cils. Cet état demeure définitif. A 18 ans, la barbe apparaît blonde mais peu fournie, ainsi que pour les poils du pubis. A 78 ans, à la suite de la chute d'une échelle et d'une contusion lombaire, il est pris d'une diarrhée émotive et les poils de la barbe, du pubis et des aisselles, très rares, s'éclaircissent. Pendant cette diarrhée, la maison s'écroule pendant son repas (le 4 mars 1887, à 1/2) ; il reçoit une blessure ; à la suite de cette nouvelle émotion, les poils restant tombent tous à la fois et la diarrhée guérit subitement. Ce malade est aujourd'hui âgé de 91 ans, c'est un vieillard robuste, la calvitie est absolue, les sourcils et les cils font entièrement défaut, ni barbe ni moustaches. Les fonctions de la peau sont normales, les ongles des mains et des pieds sont bien développés, les dents régulières et peu

usées. M. Bidon pense que les troubles circulatoires et la suspension de l'action trophique au moment de l'émotion expliquent comment les choses ont dû se passer, bien qu'on ne puisse en pénétrer tout à fait le mécanisme.

Traitement de l'alcoolisme par le repos au lit. — M. Magnan. Le délire alcoolique, fait presque entièrement d'illusions, d'hallucinations, de troubles de la sensibilité générale, s'exagère dès que le sujet isolé dans l'obscurité ne perçoit plus de sensations extérieures.

Les perceptions illusoires de l'alcoolique s'amendent par l'apparition dans les centres sensoriels d'images extérieures nettement dessinées ; celles-ci en rapport avec la réalité des faits plus fixes, plus vivaces, se substituent aux images maladives toujours mobiles et ne tardent pas à changer le cours des idées délirantes.

L'alitement, en permettant de placer le sujet dès que son délire se réveille dans la réalité des faits, devient dans l'alcoolisme aigu et subaigu le plus puissant agent thérapeutique, et permet en général de laisser de côté tous les hypnotiques de la matière médicale.

Neurasthénie et dégénérescence. — M. Bidon, à la suite de recherches faites dans la bourgeoisie marseillaise, conclut que la neurasthénie est une dégénérescence dans les trois quarts des cas ; quand elle est acquise elle ouvre la porte à la dégénérescence toutes les fois qu'un croisement heureux ne vient pas l'arrêter, surtout après la grippe.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 avril 1899. — Présidence de M. S. Pozzi.

Traitement de l'appendicite. — M. Poirier fait lecture du résumé de la discussion actuellement close sur la question d'appendicite et ajoute des conclusions personnelles tirées de la discussion elle-même.

Tuberculose testiculaire. — M. Bazy. Théoriquement la castration semble la seule opération rationnelle de la tuberculose testiculaire. M. Berger ajoute qu'il n'a jamais vu de récidive dans le testicule du côté opposé. Il a dû tomber sur une série heureuse.

Je crois que l'on peut obtenir un résultat aussi satisfaisant avec une intervention moins radicale. Les sécrétions testiculaires, d'une grande importance vitale, et persistant quelle que petite que soit la portion du testicule respectée, sont supprimées par la castration ; je laisse sous silence l'état moral qui déprime le malade.

Aussi, dans presque tous les cas, très localisés ou plus ou moins généralisés à tout le testicule, je me contente de plonger dans le tissu tuberculeux, dans les foyers caséeux ou fongueux le fer rouge, sauf dans les cas torpides auxquels je ne touche pas ; cette pratique me semble la pratique de choix.

M. Félizet. Chez les enfants, c'est la forme envahissante, presque aiguë que l'on rencontre presque toujours dans la pratique. Rien n'arrête chez eux la propagation de la tuberculose. J'ai relevé 58 testicules tuberculeux chez les grands enfants.

Les lésions y sont généralement plus profondes que chez l'adulte.

Il ne faut pas hésiter chez l'enfant, il faut préserver l'organisme de l'infection. Celle-ci se fait par les lymphatiques et les lymphatiques indirects, qui amènent des adénites inguinales. Quel moyen avons-nous ? Dans le cas unilatéral, si l'organe malade adhère au scrotum, et est prêt à s'ouvrir, il faut ouvrir largement, puis cautériser avec teinture d'iode, chlorure de zinc. Chez les enfants épuisés, même si les lésions génitales ne semblent pas étendues, il faut recourir à la castration. Dans les cas de tuberculose totale du testicule, il faut aussi pratiquer la castration.

Coup de feu de la cuisse droite. Anévrysme artério-veineux. Guérison. — Présentation du malade par M. Routier.

Fracture ancienne du radius. Arrêt de développement. Résection du cubitus. — Présentation du malade par M. Marchand.

Névralgie du trijumeau. Résection du nerf maxillaire supérieur. Amélioration mais non guérison. — Présentation du malade par M. Girard Marchant.

Gastrostomie sans procédé particulier. Guérison et bon fonctionnement. — Présentation du malade par M. Monod.

F. Verchère.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VI^e^ ARRONDISSEMENT

Séance du 27 mars 1899. — Présidence de M. Richardière.

La correspondance comprend : Des lettres d'excuses de MM. Thierry et Ancelet qui n'ont pas assisté à la séance.

Le procès-verbal de la dernière séance est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

Etranglement herniaire. — M. Demoulin. Il s'agit d'un homme de 45 ans environ, inintelligent et dont il est très difficile d'obtenir des réponses précises. Cet homme est porteur d'une hernie crurale, il a eu quelques vomissements mais pas fécaloïdes. Le pouls étant néanmoins petit, l'état général mauvais, l'opération est décidée. M. Demoulin donne le bistouri à l'interne de garde et le fait opérer devant lui. On tombe d'abord sur un sac très épais, puis quand vient le moment de dénuder le ligament de Gimbernat, l'opérateur hésite. M. Demoulin n'est pas d'avis de se servir du bistouri mousse qui lui a causé un accident dans une circonstance analogue. C'est avec l'index qu'il est allé dans le cas présent effondrer le ligament de Gimbernat. Le sac devient alors très mince ; on l'incise, il ne contient ni anse intestinale ni liquide. L'index passé dans l'anneau crural permet de s'assurer qu'on est bien dans le ventre. Les accidents n'étaient donc dus apparemment qu'à l'étranglement d'un peu d'épiploon. On referme donc la plaie. Mais c'est à tort comme on va le voir.

Le lendemain, M. Demoulin voit le malade un peu plus tard croyant le trouver en bon état. Il est au contraire abattu, la face est grippée, le pouls petit et devant M. Demoulin lui-même il vomit une tasse de thé qu'il venait de prendre. Le soir l'état du malade s'est encore aggravé, et il meurt le surlendemain de l'opération.

A l'autopsie, faite 24 heures après, on découvre une partie d'intestin qui a été serrée et qui présente déjà du sphacèle mais pas d'adhérences. Le péritoine est enflammé. Le malade a donc succombé à de l'infection péritonéale.

M. Demoulin conclut de cette observation qu'il a eu tort, ne trouvant rien dans le sac, de ne pas aller plus loin chercher le contenu de ce sac et il conseille dans ces cas-là, sans faire une grande laparotomie, d'agrandir l'incision au-dessus de l'arcade crurale et d'aller chercher dans la fosse iliaque, la partie de l'intestin étranglée et alors, s'il

est sphacélé, de le réséquer. Mais M. Demoulin n'aime pas beaucoup la résection, il préfère attirer la partie étranglée au dehors, l'envelopper de gaze iodoformée et laisser la plaie béante de façon à surveiller l'intestin. S'il se sphacèle, il se fera spontanément un anus iliaque. Sinon, on referme la plaie.

M. Léon Petit demande si l'élargissement de la plaie au-dessus de l'arcade crurale et la suture de cette arcade au ligament de Cooper donne de bons résultats.

Il s'étonne, en outre, que M. Demoulin ait pu effondrer avec l'index le ligament si solide de Gimbernat.

M. Demoulin répond que le débridement de l'arcade crurale vaut bien le débridement fait aux dépens du ligament de Gimbernat, découseillé par quelques auteurs à cause du voisinage de la veine crurale. C'est le procédé de M. de Lagenière. En outre, dans la ligature, ce n'est pas l'arcade crurale que l'on suture, mais bien le ligament dit d'Allamburnst.

A la deuxième objection de M. Léon Petit, M. Demoulin répond que le ligament de Gimbernat, à l'arête duquel Chassaignac attribuait l'étranglement dans la hernie crurale, ne présente cette arête vive que chez l'individu qui n'a pas de hernie. Il perd beaucoup de sa résistance chez le porteur d'une hernie crurale.

M. Pauvost fait remarquer qu'il n'est pas étonnant qu'il n'y ait pas de réaction du côté du sac quand il est aussi épais.

M. Tison cite le cas d'une femme qui portait à l'aine une tumeur semblable à un ganglion. M. Tison réservait néanmoins le diagnostic de hernie crurale épiploïque. L'état de la malade ayant nécessité une intervention, ce diagnostic se confirma.

M. Paul Petit donne plusieurs exemples de la difficulté du diagnostic de la hernie crurale. Tandis qu'il faisait de la chirurgie d'armée, un cas de hernie crurales lui fut envoyée avec le diagnostic d'adénite.

A l'appui de la même thèse, M. Demoulin cite le cas d'un malade qui lui est envoyé par un de ses élèves avec le diagnostic d' « épiplocèle crurale ». Après examen M. Demoulin s'arrête au même diagnostic. Il envoie aussitôt son malade à M. Walter avec son diagnostic. Le lendemain de l'opération, M. Demoulin ayant demandé des nouvelles de son malade, M. Walter lui répondit : « Diagnostic superbe, c'était plein de pus. » L'épiplocèle n'était donc qu'une adénite qui avait suppurée lentement sans réaction apparente. L'examen minutieux du membre correspondant fit d'ailleurs découvrir une plaie sur le cou-de-pied.

M. Dauchez cite le cas d'une femme de 74 ans qui portait à l'aine une petite tumeur. Le diagnostic n'était pas ferme. Etait-ce un ganglion ? Etait-ce une hernie. Cette dernière opinion prévalut deux ans après seulement, époque à laquelle la tumeur manifesta sa présence par des accidents d'étranglement qui nécessitèrent l'opération. Le sac ouvert on vit une anse intestinale foncée, mais n'ayant pas la couleur feuille-morte de l'intestin sphacélé. L'anse intestinale du reste ne permit pas un examen approfondi, car elle se réduisit spontanément. La plaie fut refermée. L'intestin se sphacéla néanmoins car trente-six heures après la malade succomba.

M. Demoulin dit que cette observation est semblable à la sienne et qu'elle est une preuve de plus que lorsque l'intestin se réduit spontanément sous les yeux de l'opérateur ou s'il est déjà réduit à l'ouverture du sac, on doit agrandir l'incision et chercher dans la fosse iliaque la partie d'intestin qui a été herniée.

M. Demoulin se demande aussi, d'après ces observations, si l'étranglement est dû à l'arête vive du ligament de Gimbernat, comme le voulait Chassaignac, ou s'il est dû au collet.

M. Richardière, au nom de la Société, félicite M. Dromain qui est nommé vice-président du conseil général des sociétés d'arrondissement pour 1899, et président pour 1900. L'honneur fait à M. Dromain est d'autant plus grand, qu'en l'an 1900 a lieu l'Exposition universelle, ce qui donne à la présidence une importance toute particulière. (*Applaudissements*).

M. Dromain remercie M. le président des félicitations qu'il a bien voulu lui adresser, mais il les reporte sur la Société médicale du VI^e^ arrondissement tout entière, à laquelle, dit-il, revient tout l'honneur.

M. le Président adresse également au nom de la société des félicitations à notre confrère le D^r^ Guillier, nommé officier de l'instruction publique.

M. Tison, rapporteur scientifique sur la candidature de M. Brocchi, conclut, après avoir résumé la thèse qui lui a été remise, qu'elle constitue un travail très consciencieux et très intéressant, et il donne un avis très favorable.

M. Dromain, rapporteur moral estime que la Société médicale du VI^e^ arrondissement n'aura qu'à se louer de compter parmi ses membres M. Brocchi, qui ne fait que débuter dans la carrière médicale, mais qui est fils de médecin et marchera sur les traces de son père dans ses rapports avec ses confrères.

La candidature de M. Brocchi est mise aux voix,

M. Brocchi est admis à la majorité.

Le Mercure dans le tabès oculaire. — M. Depasse ayant observé un cas de strabisme avec diplopie chez un ataxique nettement syphilitique, et étonné de n'avoir aucun résultat par le traitement mercuriel intensif, a écrit à M. Chevallereau pour lui demander son avis.

M. Chevallereau lui a répondu que dans les manifestations oculaires du tabès le traitement mercuriel est plus mauvais qu'avantageux.

M. Depasse demande leur avis aux oculistes présents.

MM. Pechin, Wuillomenet et Valude sont du même avis que M. Chevallereau et citent plusieurs observations à l'appui de leur opinion : « Le traitement mercuriel, dit M. Pechin, est non seulement inutile mais nuisible ; il précipite l'atrophie optique.

M. Richardière exprime le même avis. Il n'est pas étonné que l'iodure qui congestionne l'œil ait une influence nocive dans le tabès ophtalmique.

M. Tison soulève la question de l'étiologie du tabès et soutient la théorie de l'origine non syphilitique du tabès, dans un certain nombre de cas tout au moins. Il base son opinion sur ce fait que le traitement à l'iodure et au mercure ne donne aucun résultat.

M. Dauchez fait remarquer que le tabès laisse sur la moelle des cicatrices que l'on ne peut pas plus guérir que des cicatrices de la peau.

M. Richardière cite les statistiques de Fournier.

M. Boissier cite celles de Erb, ces statistiques démontrent également l'origine syphilitique du tabès dans 95 0|0 des cas.

M. Richardière termine la discussion en disant que tout le monde reconnaît l'origine syphilitique du tabès dans la plupart des cas, mais qu'on ignore son étiologie dans les autres cas qui sont l'infime minorité.

L'un des secrétaires annuels,
Dr P. Malméjac.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Concours pour le prosectorat. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le jeudi 25 mai 1899, à midi et demie, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre place à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au Secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 13 mai inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1899 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1903.

Concours pour l'adjuvat. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 15 mai 1899, à midi et demie, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves-docteurs de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au Secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 6 mai inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1899 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1902.

Faculté de médecine de Paris. — *Cours payant de médecine opératoire.* — La tentative faite l'an dernier d'instituer des cours pratiques payants de médecine opératoire spéciale ayant pleinement réussi, la Faculté a résolu d'élargir le cadre de ces exercices. Cette année, ce n'est plus deux cours, ce sont cinq cours qui s'ouvrent aux étudiants et aux docteurs désireux de s'exercer à la pratique des opérations sur le cadavre avant de les aborder sur le vivant. Ces cours, est-il besoin de le répéter, sont conçus dans un but essentiellement pratique. Les sujets, en bon état de conservation, sont livrés en nombre suffisant pour que chaque élève puisse répéter lui-même l'opération décrite et exécutée sous ses yeux par le prosecteur. Des planches très explicites permettent de suivre les différents temps de l'acte opératoire. Des instruments spéciaux sont mis à la disposition des élèves. Rien n'a été négligé pour que ces cours soient profitables à ceux qui les suivent.

Déjà deux cours sont ouverts. Celui des voies urinaires est fait, comme l'an dernier, par M. Gonet ; celui sur les os et les articulations, par M. Fredet.

Le lundi 8 mai, M. le Dr Savariaud va commencer ses démonstrations sur les opérations du *tube digestif et ses annexes*. Ce cours comprendra les opérations sur la langue, l'œsophage, l'estomac, l'intestin, l'appendice, le rectum, les voies biliaires. Est-il besoin de rappeler que certaines de ces opérations, telles que l'ablation de l'*appendice* et celle des *hémorroïdes*, constituent des opérations courantes ?

En juin, M. Cunéo fera un cours sur les opérations gynécologiques et M. le Dr Riche sur les opérations de pratique courante.

Les droits à verser sont de 50 francs. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundis, mardis, jeudis, samedis.

Caisse des pensions de retraite du corps médical français. — La *Caisse des Pensions de retraite du corps médical français* a tenu, le 9 avril dernier, sa séance annuelle, sous la présidence de M. le Dr Lande, président.

Du rapport présenté par le Dr Verdalle, trésorier, nous extrayons les chiffres qui suivent :

Le bilan, dressé au 31 décembre 1898, donnait :

Pour le capital inaliénable	535.697 f. 02
Pour la caisse de réserve	189.218 08
Pour la caisse auxiliaire	3.332 90
Total	728.248 »

La situation au 9 avril, est la suivante :

Portefeuille	726.897 f. 85
Valeurs en caisse	47.015 66
Total de l'avoir	773.913 51

La Caisse des Pensions de retraite du corps médical français distribue, en 1899, une somme de 21.721 francs à 27 médecins et femmes de médecins.

Un médecin devenu usinier. — On vient de faire une curieuse découverte à Montélimar ; et, d'après le *Matin*, la chose serait d'une drôlerie déconcertante. Ainsi, le fabricant de nougat, dont on a exploré avec le Président de la République la gentille usine, est un ancien médecin militaire, M. le Dr Pichard. — Parfaitement ! M. François de Curel, industriel, est bien auteur dramatique et non des moindres ! (*Gaz. méd. de Paris*).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort d'un de nos anciens maîtres de l'école de médecine de Poitiers, le professeur Jallet, anatomiste habile et chirurgien excellent, que depuis quelques années la maladie avait obligé à abandonner la clientèle et à se retirer à la campagne, mais dont la mémoire sera respectueusement conservée par de nombreuses générations d'élèves. Le professeur Jallet était docteur en 1856. — Le Dr Gay, de Banyuls (Pyrénées Orientales), reçu en 1861. — Le Dr Blanchard, de Marseille, décédé à l'âge de 84 ans. — Le Dr Espagne, professeur agrégé à la faculté de médecine et médecin en chef honoraire de l'hôpital général de Montpellier, décédé à l'âge de 69 ans. — Le Dr Compérat d'Estissat (Aube), reçu en 1872. — Le Dr Revial, médecin honoraire de la compagnie P. L. M. au Creusot, décédé à l'âge de 79 ans. — Le Dr Bertrand (Léon), de la Bourboule, reçu en 1891.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE
1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes. Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

SACCHAROLÉ de quinquina **VIGIER**, 1 cuillerée à café au repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*